**Note :** Il est recommandé de simuler des situations d’urgence pendant les entraînements pour familiariser les entraîneurs et les athlètes aux étapes suivantes.

**Étape 1 : Contrôler l’environnement pour éviter toute autre blessure**

Dites à tous les athlètes d’arrêter leurs activités

* Protégez-vous si vous soupçonnez un saignement (mettez des gants)
* Si vous êtes à l’extérieur, mettez l’athlète blessé(e) à l’abri des intempéries et de la circulation

**Étape 2 : Effectuer une première évaluation de la situation**

Si l’athlète :

**Activer le PAU**

* Ne respire pas
* N’a pas de pouls
* Saigne abondamment
* Est dans un état de conscience altérée
* S’est blessé au dos, au cou ou à la tête
* A un traumatisme majeur visible à un membre
* Ne peut pas bouger ses bras ou ses jambes ou a perdu toute sensation

**Si l’athlète ne démontre aucun des signes énumérés ci-dessus, passez à l’étape 3**

**Étape 3 : Effectuer une deuxième évaluation de la situation**

* Rassemblez les faits en discutant avec l’athlète blessé(e) et avec tous les témoins de l’incident
* Restez avec l’athlète blessé(e) et essayez de le/la calmer ; le ton de votre voix et votre langage corporel sont essentiels
* Si possible, demandez à l’athlète de se déplacer lui/elle-même hors de la surface de jeu ; n’essayez pas de déplacer un(e) athlète blessé(e).

**Étape 4 : Évaluer la blessure**

* Demandez à une personne ayant suivi une formation en secourisme d’effectuer une évaluation de la blessure et de décider de la marche à suivre.

**Activer le PAU**

* Si la personne formée en secourisme n’est pas certaine de la gravité de la blessure ou si aucune des personnes présentes ne possède de formation en secourisme, activez le PAU.

**Si la personne formée est certaine qu’il s’agit d’une blessure mineure, passez à l’étape 5.**

**Étape 5 : Contrôler le retour à l’activité**

Autorisez l’athlète à reprendre ses activités après une blessure mineure uniquement s’il n’y a pas de :

* Enflure
* Difformité
* Saignement continu
* Amplitude de mouvement réduite
* Douleur lors de l’utilisation du membre blessé

**Étape 6 : Notez les détails de la blessure sur un formulaire de rapport d’accident et informez les parents.**

**Date du rapport :** \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jour mois année

**INFORMATION DU PATIENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM DE FAMILLE : | | PRÉNOM : | |
| ADRESSE : | | VILLE : | |
| CODE POSTAL : | | TÉLÉPHONE : ( ) | |
| COURRIEL : | | ÂGE : | |
| SEXE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | GRANDEUR : \_\_\_\_\_  POIDS : \_\_\_\_ | | DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  jour/mois/année |
| CONDITIONS MÉDICALES CONNUES/ALLERGIES : | | | |

**INFORMATION À PROPOS DE L’INCIDENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE & HEURE DE L’INCIDENT :  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ h\_\_\_\_\_  jour mois année | HEURE DE LA PREMIÈRE INTERVENTION  \_\_\_\_ h\_\_\_\_\_ | HEURE DE L’ARRIVÉE DU SOUTIEN MÉDICAL  \_\_\_\_\_ h\_\_\_\_ |
| **PERSONNE RESPONSABLE, DÉCRIVEZ L’INCIDENT :** (qu’est-ce qui s’est passé, où cela s’est-il produit, quels ont été les signes et les symptômes du patient) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **PATIENT, DÉCRIVEZ L’INCIDENT :** (voir ci-dessus) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **ÉVÉNEMENT ET CONDITIONS :** (durant quelle activité s’est produit cet incident, l’endroit où s’est produit l’incident, qualité du terrain, lumière, météo, etc.) : | | |
|  | | |
|  | | |
| **MESURES PRISES/INTERVENTIONS :** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Après le traitement, le patient a été :  Renvoyé à la maison Envoyé à l’hôpital/clinique Renvoyé à l’activité | | |

**Formulaire de rapport d’accident (suite)**

**INFORMATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE FAMILLE : | PRÉNOM : |
| ADRESSE : | VILLE : |
| CODE POSTAL : | TÉLÉPHONE : ( ) |
| COURRIEL : | ÂGE : |
| RÔLE (entraîneur(e), assistant(e), parent, officiel(le), spectateur(trice), thérapeute) : | |

**INFORMATION DU TÉMOIN** (quelqu’un qui a vu l’incident et la réponse, pas la personne responsable)

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE FAMILLE : | PRÉNOM : |
| ADRESSE : | VILLE : |
| CODE POSTAL : | TÉLÉPHONE : ( ) |
| COURRIEL : | ÂGE : |

**AUTRES COMMENTAIRES OU REMARQUES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**FORMULAIRE REMPLI PAR :**

**NOM EN LETTRES MOULÉES :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**SIGNATURE :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_